

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1920-1921

N° 63

L'Ecthyma Vacciniforme Syphiloïde Infantile

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement, le Lundi 18 Avril 1921

PAR

Jean-Baptiste-Marie-Robert PACHÉ

Né le 27 novembre 1892, à Dax (Landes)

Examineurs de la Thèse	{	MM. W. DUBREUILH, professeur	Président	
		LAGRANGE, professeur	{	
		PETGES, agrégé		Juges.
		TEULIÈRES, agrégé		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20, Rue du Peugue, 18-20

1921

THÈSE
POUR LE DOCTORAT

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1920-1921

N° 63

L'Ecthyma Vacciniforme Syphiloïde Infantile

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 18 Avril 1921

PAR

Jean-Baptiste-Marie-Robert PACHÉ

Né le 27 novembre 1892, à Dax (Landes)



Examineurs de la Thèse

MM. W. DUBREUILH, professeur	<i>Président</i>
LAGRANGE, professeur	{ <i>Juges.</i>
PETGES, agrégé	
TEULIÈRES, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20, Rue du Peugue, 18-20

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique interne	Pharmacie
Clinique externe	Zoologie et parasitologie
Pathologie et thérapeutique générales	Médecine expérimentale
Clinique d'accouchements	Clinique ophtalmologique
Anatomie Pathologique	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Anatomie générale et histologie	Clinique gynécologique
Physiologie	Clinique médicale des maladies des enfants
Hygiène	Chimie biologique
Médecine légale	Physique pharmaceutique
Physique biologique et d'électricité médicale	Pathologie exotique
Chimie	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Botanique et matière médicale	Clinique des maladies des voies urinaires
	Clinique psychiatrique
	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie
	Toxicologie

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie	Médecine générale
Anatomie et embryologie	Maladies mentales
Histologie	Médecine légale
Physiologie	Chirurgie générale
Anatomie pathologique	Obstétrique
Parasitologie et Sciences naturelles	Ophtalmologie
Physique biologique et médicale	Pharmacie
Chimie biologique et médicale	
Médecine générale	

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire	MM.
complémentaire de thérapeutique et pharmacologie	CAVALIÉ
de médecine opératoire	CARLES
d'accouchements	VENOT
d'ophtalmologie	FAUGERE
de puériculture	CABANNES
de climatologie et hydrologie médicale	ANDERODIAS
de Toxicologie et Hygiène appliquée	SELLIER
d'analyse chimique qualitative et quantitative de démonstration et de préparation pharmaceutique	N...
de microbiologie	N...
de pathologie interne	LABAT
de pathologie externe	N...
de vénéréologie	MAURIAC
	GUYOT
	PETGES

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS CEUX
QUI M'ONT TÉMOIGNÉ QUELQUE AFFECTION
ET QUELQUE SYMPATHIE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A MES MAITRES DE LA MARINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCAZ
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR PETGES
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR DE CLINIQUE

DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*« Hommage de vive gratitude
pour le grand honneur qu'il
me fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse. »*

AVANT-PROPOS

Dans le courant du mois de juillet 1920 s'est déclarée, à la crèche de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux, dans le service du docteur Rocaz, une petite épidémie d'ecthyma vaccini-forme syphiloïde infantile, affection qu'on n'y avait jamais rencontrée jusqu'alors, pas plus d'ailleurs que dans les services voisins.

Cette affection, particulièrement étudiée par les docteurs Petges et Rocaz, a fait l'objet d'un travail commun paru dans le *Paris médical* du 5 mars 1921.

D'autres cas ayant été observés dans les services de M. Rocaz et de M. Petges, il nous a paru intéressant de revenir sur la question.

A cette occasion, nous ne saurions trop remercier nos maîtres de la Faculté de Bordeaux et plus particulièrement les docteurs Petges et Rocaz qui, en nous inspirant le sujet de cette thèse, nous aidèrent par la communication de leurs travaux et par leurs conseils. Nous ne pouvons oublier qu'en toutes circonstances M. Petges nous témoigna de la bonté et de l'intérêt; qu'il veuille bien être assuré de toute notre reconnaissance et de notre respectueuse sympathie.

INTRODUCTION

Dans l'exposé de notre sujet, nous avons cru devoir suivre un plan classique. Nous le divisons en deux parties.

Dans la première, après avoir dit un mot de l'historique, nous étudions la symptomatologie, l'étiologie, la marche et les complications de l'affection.

Dans la deuxième, nous voyons la bactériologie, la pathogénie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Au cours de l'exposé, nous joignons quelques observations, peu nombreuses il est vrai, car elles se ressemblent toutes; nous avons choisi celles qui n'ont pas été encore publiées et celles qui nous ont paru les plus intéressantes.

Nous avons enfin illustré le texte de quelques photographies que nous devons à l'obligeance de M. Petges; nous pensons qu'elles pourront aider à fixer l'aspect tout particulier de l'affection.

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est en 1887 que l'ecthyma vaccinoïde fut étudié pour la première fois et simultanément par E. Besnier (1), A. Fournier (2) et son chef de clinique Feulard (3), H. Hallopeau (4), et il semble que jusqu'à cette époque cette affection n'ait pas été ignorée, mais bien totalement inconnue.

Dans les années suivantes, Besnier (3), Hallopeau (4 et 5) et Fournier (6 et 7) en observèrent quelques cas et ce n'est que plus tard que Mantegazza (13), Antonelli (12), Halle (14), et Colcott-Fox (15) la firent connaître à l'étranger.

Radcliffe-Crocker (16), L. Brocq (17), Malcom-Morris, H. W. Stelwagon (18) et Darier (19) en font dans leurs traités classiques une brève mention et ne paraissent lui attacher qu'une importance secondaire.

Dans un travail récent, MM. Petges et Rocaz (20), après en avoir fait une analyse clinique complète, en soulignent l'intérêt non pas tant par la gravité de l'affection elle-même que par son caractère infectieux et contagieux et par l'intérêt qu'il y a à faire un diagnostic quelquefois difficile et à ne pas la confondre avec la syphilis.

Dénomination

Aujourd'hui tout le monde est à peu près d'accord sur la dénomination : en Angleterre, Radcliffe-Crocker, Colcott-Fox, Malcom-Morris; aux Etats-Unis, Stelwagon; en Allemagne, Halle, l'appellent dermatite ou *ecthyma vacciniforme syphiloïde*.

En France MM. Petges et Rocaz lui gardent la dénomination donnée par Hallopeau : d'*ecthyma vacciniforme syphiloïde infantile*.

Mais d'autres appellations ont été proposées qui soulignent l'incertitude laissée par l'affection dans l'esprit des observateurs : érythème vacciniforme syphiloïde infantile (E. Besnier, 1887); herpès phlycténoïde des nouveau-nés (H. Fournier, 1887); syphiloïde vacciniforme infantile (E. Besnier, 1887); intertrigo vacciniforme (E. Besnier, 1887); dermatite vacciniforme ou *ecthyma vacciniforme syphiloïde* (Hallopeau, 1887); vaccino-syphiloïde du jeune enfant (A. Fournier, 1897); herpès vacciniforme du jeune âge (A. Fournier, 1893).

Fréquence

L'affection est peu commune; on peut même dire qu'elle est rare puisqu'on ne relève un total que de 38 observations connues, parmi lesquelles il faut comprendre les 12 observations de MM. Petges et Rocaz déjà signalées et 3 autres nouvelles, encore inédites.

Les auteurs des traités classiques n'en parlent d'ailleurs généralement pas et quand ils en font mention ce n'est que d'après leurs lectures.

M. Moussous à Bordeaux en signalait déjà la rareté dans ses cliniques de 1893 et jusqu'à l'été 1920 elle était pour lui cliniquement inconnue.

Symptomatologie

L'affection débute sous forme de taches érythémateuses à tendance herpétiforme se présentant isolées et par groupes discrètement disséminés dans les régions génitales, péria-nales, face interne des cuisses (2/3 supérieur principalement) et face postérieure au voisinage des fesses. Sur tous ces points elle paraît affecter une prédilection marquée pour tous les plis cutanés, toutes les régions où les téguments sont adossés à eux-mêmes, comme les plis génito-cruraux, interfessiers, les plis de l'aîne, les plicatures que crée l'embonpoint de l'enfance; les lésions apparaissent là plus fréquemment qu'ailleurs dans une situation symétrique, ce qui semble établir leur auto-inoculabilité. La présence, quoique rare, d'autres groupes éruptifs dans d'autres régions du corps semble plaider en faveur de cette assertion : nous avons pu relever chez Hallopeau une localisation au creux poplité et même à la jambe. Chez Halle à la paupière, chez Jacquet un cas au bras et chez M. Petges une auto-inoculation à la face externe du haut du mollet et une autre au niveau du condyle interne du fémur droit. Chez ce dernier malade on a également trouvé une menace d'auto-inoculation à la face dorsale du gros orteil. Nous en citons une observation d'autre part (Observ. VI).

Au début l'affection est caractérisée essentiellement par une papule ou un groupe de papules plus ou moins isolées, couronnées ou non au bout d'un ou deux jours par une petite vésicule.

La papule a le type ordinaire des papules plates de couleur rose ou rouge, plus colorée à sa périphérie et de la grosseur d'une tête d'épingle.

La vésicule, elle, présente un aspect absolument semblable à la vaccine au sixième ou septième jour avant la suppuration.

De mêmes dimensions que la vaccine, elle a les mêmes contours régulièrement circulaires, c'est la même vésicule bien caractéristique, pas acuminée ni turgide comme celle de l'herpès, mais de coloration gris perle, argentée, avec des reflets bleuâtres.

Ces papulo-vésicules sont tantôt isolées, tantôt groupées en bouquets plus ou moins serrés, rendant les lésions voisines presque contiguës. Plus tard, ces lésions, en se développant, finissent par se confondre et constituent une plaie unique à contours polycycliques. Voilà le stade initial de la maladie qu'on pourrait appeler vacciforme et qui ne dure qu'un temps assez court, un à deux jours. Bientôt après, cette forme s'altère et nous arrivons à la 2^e phase, qu'on pourrait appeler syphiloïde.

A ce moment, la papulo-vésicule, qui est déjà ombiliquée à son centre, se déprime et se rompt à ce niveau. Le petit pertuis qui en résulte se dénude et s'ulcère d'une manière excentrique et, comme les papules peuvent s'ulcérer directement sans stade vésiculeux préalable, on a soit des plaques lenticulaires, soit des plaques cupuliformes.

Par la suite, la destruction de l'enveloppe vésiculeuse continuant, l'érosion centrale bourgeonne et s'enflamme, et l'ensemble de la papule s'infiltre, s'exhausse en augmentant de largeur; ses bords s'épaississent, se relèvent, taillés à pic, vers un centre creusé en forme de cupule à contours festonnés pouvant atteindre la dimension d'une lentille ou d'un gros pois; les bords tournés vers la peau saine s'inclinent au contraire en talus doux de 2 à 3 millimètres de large.

Les éléments peuvent rester isolés et cette modalité se rencontre plus particulièrement au niveau des plis et des points symétriques; mais ailleurs ils confluent rapidement et deviennent des plaques saillantes, des plateaux ulcérés à forme arrondie et allongée, à contours polycycliques pouvant atteindre les dimensions d'une pièce de 5 francs et jusqu'à 4 centimètres de longueur.

Leur centre fortement déprimé et d'allure cratériforme est

revêtu d'un enduit blanc gris sale à reflets argentés; un double halo inflammatoire borde ces lésions, une bande d'un rouge clair les limite à la périphérie, s'adossant elle-même à la partie interne à un liseré d'un rouge plus sombre; le tout revêt parfois une teinte violacée d'aspect atone et livide.

Leur siège de prédilection est la partie postérieure des grandes lèvres, le périnée, les fesses, où elles atteignent leurs plus grandes dimensions.

A côté de ces formes confluentes peuvent coexister des groupes isolés ou mieux des îlots plus ou moins serrés où chaque élément primitif évolue dans ses limites et conserve son individualité. Mais quelle que soit la nature de la formation, les lésions sont humides et laissent sous leur enveloppe diphtéroïde suinter une sérosité blanche d'odeur fétide.

L'évolution ne se fait pas simultanément pour toutes les productions, elle peut être au contraire et elle est le plus souvent indépendante et successive pour chaque élément ou groupe d'éléments, et on peut étudier à un même moment tous les aspects de l'affection, depuis les lésions naissantes jusqu'aux plus ulcérées : élément précieux de diagnostic. Ces lésions ne paraissent ni prurigineuses ni douloureuses, mais se recouvrent quelquefois de croûtelles. L'affection, le plus souvent, reste purement locale. Parfois cependant elle retentit sur les ganglions touchant plusieurs groupes à la fois; mais l'adénopathie n'a pas de tendance à la suppuration et reste absolument indolore.

Quant aux symptômes généraux liés à l'évolution de l'affection elle-même, indépendamment de ceux qui peuvent la précéder et le plus souvent l'accompagner, il n'en a jamais été constaté; en particulier elle n'est précédée d'aucune poussée fébrile et durant toute son évolution elle reste complètement apyrétique.

Nous ne croyons pas utile de relater toutes les observations publiées : nous voulons simplement donner des exemples caractéristiques ; en voici quelques-uns. Nous avons noté dans le texte et dans la bibliographie tous ou presque tous les cas déjà publiés.

Observation I

(Fournier)

Petite fille de seize mois. Samedi 5 novembre 1893.

Cette petite fille présente une éruption génitale et paragénitale d'aspect tout à fait identique à celui de l'éruption connue sous le nom d'« herpès vacciniiforme du jeune âge ».

Vingt petites lésions bien circonscrites dont une quinzaine effleurent le derme plutôt qu'elles ne l'entament (sorte de vésicatoire en miniature), mais quatre ou cinq ont une physionomie autrement distinctive : papulo-pustules, très régulièrement circulaires, de diamètre un peu inférieur à celui d'une pièce de vingt centimes, formant de petits plateaux ombiliqués dont le centre est remarquable par la teinte argentée gris cendré rappelant celle des pustules vaccinales à leur sixième ou septième jour. On aurait dit des boutons de vaccine en pleine floraison, reposant comme d'usage sur une base épaissie, rénitente, cerclée d'une aréole érythémateuse. Quelques autres lésions devenues excoりatrices à leur centre étaient encore encadrées à leur périphérie par une semblable collerette argentée, vestige du revêtement épithélial détaché.

On constatait une autre lésion de même ordre sur le front. On porta le diagnostic d'herpès vacciniiforme légitimé par l'histoire de la maladie.

Le début remontait à douze jours et s'était traduit par l'apparition de rougeurs aux sièges des lésions actuelles. Ces rougeurs s'étaient transformées en autant de boutons blancs qui avaient crevé et s'étaient pour la plupart eux-mêmes transformés en autant de plaies vives.

Dépuis le début, toujours un peu de fièvre : l'enfant ne buvait que du lait et était agitée la nuit.

Actuellement, rien de morbide du côté viscéral : selles régulières, pas de vomissements ou de diarrhée.

Je portais un pronostic des plus favorables ayant vu toujours guérir l'herpès vacciniforme. J'ordonnais des lotions boriquées, un pansement local à la poudre iodoformée. Lait.

Mais le lendemain état local aggravé. Vulve turgescente la veille, devenue fortement oedémateuse, rénitente. Et surtout la plupart des lésions avaient pris une teinte brun foncé livide, violette, de mauvais aspect. Elles tournaient au sphacèle.

Le lundi 7, envahissement de la gangrène tant sur lésions de nature vaccinoïde que sur celles de nature excoriative; par ailleurs lésions creusées élargies de surface; par endroits teinte foncée, vineuse, presque noirâtre. Ressemblance à flots de sphacèle qui suintent à peine et semblent asséchés, parcheminés. Grandes lèvres fortement indurées, turgides; la bande d'induration phlegmoneuse se prolonge jusque vers la région inguinale gauche.

Etat général reste néanmoins satisfaisant au moins relativement : 38°4 le matin; 38 le soir. Langue grisâtre mais pas de vomissements, ni de diarrhée. Pas de symptômes nerveux, pas d'adynamie. L'enfant prend le lait sans dégoût. On continue le même traitement local en faisant de plus absorber 0,15 de sulfate de quinine.

Le 8 au matin la gangrène a fait de notables progrès. Grandes lèvres noires avec état phlegmoneux à leur base; la trainée gangréneuse a envahi tout le pli inguinal gauche. Quelques ulcérations, celles de la cuisse, prennent un aspect sphacélique avec nette expansion serpigineuse; d'autres en revanche, celles du périnée, tendent vers un processus résolutif.

Nuit un peu agitée, enfant abattue. Diarrhée légère. Vers six heures du soir, 38°4; à 7 heures l'enfant demande à boire et demande un verre de lait. Au même instant il pousse un cri, s'affaisse et meurt en cinq minutes.

Résultats de l'autopsie pratiquée par l'éminent anatomo-pathologiste le docteur Darier :

Enfant bien conformée, non amaigrie.

Vastes lésions gangréneuses occupant la vulve, la région inguinale gauche et la face antérieure des deux cuisses; des incisions faites

au niveau de ces plaies montrent que même dans les endroits où elles sont fissurées, elles ne dépassent pas le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Pas d'œdème, ni de fusées purulentes, ni de décollements des téguments au voisinage.

Cœur : rien de particulier.

Poumons : quelques tâches noires ecchymotiques répondant à des foyers hémorragiques très minimes. Recherche des micro-organismes : résultats négatifs.

Autres organes : rien de particulier à signaler.

Causes possibles de la mort de cet enfant :

- 1° Multiplicité des foyers hémorragiques très petits;
- 2° Intoxication massive par les ptomaines nées dans le foyer gangréneux et ayant fait irruption dans le torrent circulatoire.

Conclusion. — 1° Herpès vacciniiforme peut se compliquer d'état gangréneux;

2° Une gangrène génitale et paragénitale peut entraîner la mort sans état général alarmant;

3° Maladie probablement d'ordre infectieux causée par agent inconnu.

Observation II

(Feulard, Clinique, 20 mars 1887)

Enfant âgé de vingt-trois mois, présente une éruption aux parties génitales. Mère âgée de trente-trois ans, eczémateuse, et qui a dû récemment faire un séjour à ce même hôpital pour sa maladie cutanée; ayant été forcée de se séparer de son enfant, la laissa au dépôt des Enfants assistés. Quand cette femme sortit de l'hôpital (premiers jours de février) et qu'on lui rendit sa petite fille, celle-ci était malade, atteinte de diarrhée et présentant du côté des organes génitaux et de la naissance des cuisses, des rougeurs et des excoriations analogues à celles que l'on trouve chez les enfants souillés d'urine et mal tenus. Rentrée chez sa mère, l'enfant continua à être mal portante; elle avait, paraît-il, de la fièvre, ne mangeait pas, refusait de marcher.

C'est à ce moment qu'apparurent sur les régions génitales et génito-crurales des poussées éruptives d'un aspect semblable à celui qu'elles offrent aujourd'hui.

Actuellement (20 mars), voici ce qu'on observe: On voit une éruption à éléments discrets siégeant sur la région des grandes lèvres, le périnée, l'anus, les plis génito-cruraux et inguinaux. Cette éruption est formée d'éléments papuleux, de forme arrondie, de dimensions un peu variables, mais ayant en moyenne de cinq à six millimètres de diamètre. Ces éléments font une légère saillie sur les parties saines; la peau du voisinage a son apparence normale. Chacun de ces éléments papuleux est de couleur blanc grisâtre, d'aspect couenneux, un peu déprimé en son centre tandis qu'à la périphérie existe une aréole rosée. Leur consistance est un peu ferme, leur surface semble bien recouverte d'une couenne épithéliale, mais ce n'est qu'une apparence, car on essaye sans résultat de détacher cette couenne et de la soulever comme d'une pellicule.

Eruption existe surtout à la vulve et à l'anus; cependant elle est assez discrète pour qu'on puisse dénombrer les éléments. On compte deux de ces papules de quatre millimètres de diamètre environ sur les grandes lèvres, une à droite, l'autre à gauche sur le tiers antérieur environ de ces grandes lèvres.

Une troisième plus volumineuse siège sur la grande lèvre gauche près de la fourchette; enfin une quatrième très grande se montre sur la grande lèvre droite près de la fourchette. Elle diffère des autres papules en ce qu'elle est plus saillante, plus grande (6 à 7 mill. de diam.) et qu'au lieu de l'apparence grisâtre couenneuse des autres, elle a une surface rosée piquetée de points rouges; elle offre au toucher une certaine résistance.

Autour de l'anus, six papules. Pour bien les voir, il faut écarter les fesses; on les trouve alors dans les plis interfessiers proches la marge de l'anus, deux à droite, quatre à gauche, mesurant quatre à cinq millimètres de diamètre; leur centre est exulcéré; autour est la zone blanche couenneuse, autour de celle-ci encore le liseré rose. Elles sont placées de telle façon que celles de droite s'appliquent exactement sur celles de gauche quand on rapproche les fesses.

Ces éléments rappellent dans l'ensemble — et c'est caractère de

au niveau de ces plaies montrent que même dans les endroits où elles sont fissurées, elles ne dépassent pas le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Pas d'œdème, ni de fusées purulentes, ni de décollements des téguments au voisinage.

Cœur : rien de particulier.

Poumons : quelques tâches noires ecchymotiques répondant à des foyers hémorragiques très minimes. Recherche des micro-organismes : résultats négatifs.

Autres organes : rien de particulier à signaler.

Causes possibles de la mort de cet enfant :

- 1° Multiplicité des foyers hémorragiques très petits;
- 2° Intoxication massive par les ptomaines nées dans le foyer gangréneux et ayant fait irruption dans le torrent circulatoire.

Conclusion. — 1° Herpès vacciniforme peut se compliquer d'état gangréneux;

2° Une gangrène génitale et paragénitale peut entraîner la mort sans état général alarmant;

3° Maladie probablement d'ordre infectieux causée par agent inconnu.

Observation II

(Feulard, Clinique, 20 mars 1887)

Enfant âgé de vingt-trois mois, présente une éruption aux parties génitales. Mère âgée de trente-trois ans, eczémateuse, et qui a dû récemment faire un séjour à ce même hôpital pour sa maladie cutanée; ayant été forcée de se séparer de son enfant, la laissa au dépôt des Enfants assistés. Quand cette femme sortit de l'hôpital (premiers jours de février) et qu'on lui rendit sa petite fille, celle-ci était malade, atteinte de diarrhée et présentant du côté des organes génitaux et de la naissance des cuisses, des rougeurs et des excoriations analogues à celles que l'on trouve chez les enfants souillés d'urine et mal tenus. Rentrée chez sa mère, l'enfant continua à être mal portante; elle avait, paraît-il, de la fièvre, ne mangeait pas, refusait de marcher.

C'est à ce moment qu'apparurent sur les régions génitales et génito-crurales des poussées éruptives d'un aspect semblable à celui qu'elles offrent aujourd'hui.

Actuellement (20 mars), voici ce qu'on observe. On voit une éruption à éléments discrets siégeant sur la région des grandes lèvres, le périnée, l'anus, les plis génito-cruraux et inguinaux. Cette éruption est formée d'éléments papuleux, de forme arrondie, de dimensions un peu variables, mais ayant en moyenne de cinq à six millimètres de diamètre. Ces éléments font une légère saillie sur les parties saines; la peau du voisinage a son apparence normale. Chacun de ces éléments papuleux est de couleur blanc grisâtre, d'aspect couenneux, un peu déprimé en son centre tandis qu'à la périphérie existe une aréole rosée. Leur consistance est un peu ferme, leur surface semble bien recouverte d'une couenne épithéliale, mais ce n'est qu'une apparence, car on essaye sans résultat de détacher cette couenne et de la soulever comme d'une pellicule.

Eruption existe surtout à la vulve et à l'anus; cependant elle est assez discrète pour qu'on puisse dénombrer les éléments. On compte deux de ces papules de quatre millimètres de diamètre environ sur les grandes lèvres, une à droite, l'autre à gauche sur le tiers antérieur environ de ces grandes lèvres.

Une troisième plus volumineuse siège sur la grande lèvre gauche près de la fourchette; enfin une quatrième très grande se montre sur la grande lèvre droite près de la fourchette. Elle diffère des autres papules en ce qu'elle est plus saillante, plus grande (6 à 7 mill. de diam.) et qu'au lieu de l'apparence grisâtre couenneuse des autres, elle a une surface rosée piquetée de points rouges; elle offre au toucher une certaine résistance.

Autour de l'anus, six papules. Pour bien les voir, il faut écarter les fesses; on les trouve alors dans les plis interfessiers proches la marge de l'anus, deux à droite, quatre à gauche, mesurant quatre à cinq millimètres de diamètre; leur centre est exulcéré; autour est la zone blanche couenneuse, autour de celle-ci encore le liseré rose. Elles sont placées de telle façon que celles de droite s'appliquent exactement sur celles de gauche quand on rapproche les fesses.

Ces éléments rappellent dans l'ensemble — et c'est caractère de

l'éruption — l'aspect de pustules vaccinales ou de l'éruption spécifique décrite par Legendre et Bazin sous le nom de plaques Σ de la peau.

Dans les aines, à droite, trois petites papules contiguës situées à peu près au milieu du pli de l'aine; leur centre est croutelleux et déprimé; la périphérie saillante et blanche, puis la zone rosée environnante; à gauche les éléments plus abondants sont au nombre de dix disposés moitié dans le pli inguinal, moitié dans le pli génito-crural.

Les ganglions inguinaux sont engorgés des deux côtés. Enfin il s'écoule par le vagin un liquide purulent qui tache le linge en vert jaune, écoulement qui date de six à sept semaines; la face interne des grandes lèvres, la région du vestibule sont d'un rouge vif.

La première pensée devant cette éruption fut qu'on se trouvait en présence de plaques syphilitiques. Mais l'enfant déshabillée n'a rien sur le reste du corps ni dans la bouche; la mère, qui a un autre enfant de neuf ans, n'a jamais eu la syphilis; la petite malade fut nourrie par elle pendant trois semaines, puis envoyée en nourrice. Front de l'enfant assez proéminent; pas de lésions dentaires; en somme rien qui explique le diagnostic de syphilis.

Fournier dès qu'il vit l'enfant nia fortement et contre l'avis général qu'il s'agissait de syphilis; il avait déjà vu, dit-il, des cas analogues et appelait cette éruption, faute d'un mot meilleur, herpès phlycténoïde, herpès monstre.

Voici ce qui se passa par la suite. On se contenta de saupoudrer les parties malades avec la poudre d'amidon et on attendit.

En huit jours les papules des aines se séchèrent en laissant une petite plaque rouge foncée qui alla en diminuant et se termina par une macule légèrement teintée. Les papules vulvaires et anales restèrent stationnaires avec leur apparence gris sale, vaccinoïde. Sous l'influence des soins de propreté l'écoulement diminua son tour, et le 30 mars, c'est-à-dire dix jours après l'entrée à l'hôpital, en même temps qu'on constatait la guérison complète des papules des aines, on pouvait voir une tendance générale à l'abaissement: seule, la grosse papule de la lèvre droite conservait ses caractères.

Le 4 avril cette papule commençait à se cicatriser; le 6 on décida

de saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'iodoforme et dès lors la cicatrisation se fit rapidement.

Le 8 avril, la grosse plaque vulvaire droite était guérie, mais restait un peu dure. Les autres papules s'éteignaient successivement et le 18 avril, soit un mois après l'entrée de la petite malade, les papules étaient guéries.

L'adénopathie elle aussi entraînait en régression.

Pendant tout ce temps, la muqueuse buccale ainsi que la peau de tout le reste du corps furent examinées sans qu'on vit paraître aucune éruption. La santé de l'enfant se rétablit, l'appétit revint, la diarrhée disparut et elle recommença à marcher.

Sur ces entrefaites, le 28 avril, cette pauvre enfant fut atteinte subitement de diphtérie dans le service et évacuée immédiatement sur l'hôpital Trousseau. Elle en sortit guérie le 8 mai.

Nous la revîmes le 13 mai : l'éruption avait fait place à des macules légèrement brunâtres. L'adénopathie des aines persistait quoique peu marquée, rien sur la peau et les muqueuses.

Telle fut, en résumé, l'histoire de cette éruption.

Observation III

Petges et Rocaz (20)

La petite F..., née le 22 mars 1920, fille de parents annamites, jumelle d'une sœur morte quelques jours après sa naissance, entre à l'hospice le 6 avril 1920. A son entrée, elle présente un érythème fessier banal, qui dure un mois environ. Nourrie au biberon, elle est atteinte de broncho-pneumonie au début de juin. Le 28 juin, apparaissent quelques boutons sur les fesses et les grandes lèvres, au niveau desquelles rien d'anormal n'avait été remarqué la veille. Le lendemain 29, de nombreuses papules, des papulo-vésicules ombiliquées, vaccinoïdes existent sur les fesses, la face postérieure des cuisses et les grandes lèvres.

L'enfant a une température de 38°6 expliquée par l'existence de lésions broncho-pulmonaires.

Etat le 3 juillet 1920. — L'enfant, maigre, athrepsique, est de race annamite. Elle est marquée de la tache bleue mongolique sacrée. Elle présente sur le périnée, la marge de l'anus, les fesses et la moitié supérieure de la face postéro-interne des cuisses, une éruption de papules ulcéreuses et ulcéro-végétantes dont certaines rappellent des pustules de vaccine à tous stades, mais sont plus suintantes que suppurantes; d'autres sont nettement syphiloïdes et ressemblent à des plaques syphilitiques ulcéreuses, suintantes, papulo-hypertrophiques.



PHOTO 1 : « Ecthyma vacciniforme syphiloïde ».

L'élément primitif, que l'on trouve surtout à la périphérie des lésions qui s'accroissent de proche en proche par inoculations successives, est, au début, une petite papule de couleur rose rouge, grosse comme une tête d'épingle, un peu plus rouge à sa périphérie et comme aréolée. Très rapidement le centre devient vésiculeux, s'ombilique et s'ulcère, ou bien s'ulcère sans passer par le stade de vésiculation. L'ensemble de la papule s'infiltré ensuite, augmente en hauteur et en largeur; ses bords s'épaississent, se relèvent, son centre s'ulcère franchement, se creuse, puis forme une sorte de cupule à bords festonnés qui atteint et dépasse la dimension d'une lentille ou d'un gros pois. Certains de ces éléments restent isolés, surtout sur les bords et au niveau des plis dans les points symétriques; la plupart confluent, deviennent coalescents et forment des plaques saillantes en plateau, ulcérées, à bords relevés arrondis. Le centre déprimé est recouvert d'un enduit de couleur blanc grisâtre, blanc argenté, laissant suinter une sérosité louche plutôt que du pus. Ces plateaux sont parfois allongés, atteignant un à deux centimètres de long sur quelques

millimètres à un demi et un centimètre de large. Parfois ils sont arrondis, et atteignent les dimensions de pièces de monnaie de 0 fr. 50 à 1 franc. Le maximum des lésions siège sur la partie postérieure des grandes lèvres, le périnée, les fesses où elles forment des plaques confluentes. La bordure de ces lésions est nette. Elle se termine vers la peau saine par un talus en pente douce de deux à trois millimètres de large. Elle est soulignée par une aréole inflammatoire formant un liseré rouge périphérique. L'aspect général des tissus est atone; la palpation révèle une infiltration très notable, de consistance ferme.

En outre des éléments confluentes ou franchement isolés, on observe des ulcérations lenticulaires rapprochées les unes des autres mais non encore fondues ensemble, conservant leurs bords et leurs limites personnels, formant aussi des plaques ou des bandes d'ulcération, tassées mais autonomes, allant jusqu'à quatre centimètres de longueur.

Il existe de l'adénopathie épitrochléenne, cervicale, sous-maxillaire non douloureuse.

On ne trouve aucun signe d'hérédosyphilis, pas de coryza, pas de lésions péri-buccales. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

La fièvre ne paraît pas provenir des lésions cutanées et s'explique plutôt par l'existence de foyers de broncho-pneumonie à droite.

Traitement prescrit.— Lavages fréquents à l'eau oxygénée à 1/5, suivis d'application de pommade à l'oxyde de zinc salicylée à 1/100, et poudrages au talc; linges propres et secs.

L'examen microscopique de la sérosité purulente a été pratiqué par notre interne, M. le docteur Joulia. (Nous en donnons les résultats plus loin.)

6 juillet 1920. — L'aspect est modifié, aucun autre élément n'est apparu. Les lésions se détergent, s'affaissent; le suintement s'atténue.

9 juillet 1920. — L'amélioration locale s'accroît sous l'influence du traitement; les bourrelets qui bordaient les lésions ont disparu; on voit à leur place des ulcérations planes, superficielles, à limites irrégulières, festonnées, de couleur rouge vil, suintantes, ne saignant pas, bordées par un liseré violacé et une zone d'épidermisation. On ne voit plus les lésions surélevées recouvertes d'un enduit blanc grisâtre.

10 et 12 juillet 1920. — L'état général devient de plus en plus mauvais. L'enfant meurt le 12 juillet de broncho-pneumonie.

Observation IV

Due à l'obligeance de MM. Petges et Rocaz

(Inédite)

B... André, entré à la crèche le 8 mars 1921.

Né le 26 février 1921, le petit malade est examiné pour la première fois le 11 mars. Il présente un érythème vaccinoïde syphiloïde des fesses tout à fait caractéristique.

Sur l'histoire de sa maladie, sur ses antécédents, aucun renseignement, l'enfant étant abandonné.

Sur les fesses et à leur sommet nous trouvons de petites ulcérations à fond rouge, bords irréguliers, suintantes, peu profondes, presque en surface; elles sont recouvertes à leur périphérie par une sorte d'exsudat qui s'est concrété en une membrane blanc jaunâtre, se détachant très mal. Ces éléments sont formés par la confluence de plusieurs éléments primitifs, si l'on en juge par les bords irrégulièrement arrondis à forme presque polycyclique. Ces éléments coiffent les fesses des deux côtés et s'étendent sur le périnée à la partie supérieure de la racine des cuisses et la face externe des fesses. Mais là on observe des éléments à des stades différents.

D'abord de petites papules de coloration rouge jambonnée surmontées de vésicules de la grosseur d'un petit pois, lisses et tendues. On en observe d'autres en transformation pustuleuse, la membrane recouvrante devenant plus épaisse, plus jaunâtre, et prenant les caractères de celle qui recouvre les ulcérations.

A la périphérie, quelques petites papules rouges, lenticulaires. Le tout repose sur un tissu cellulaire rouge et infiltré un peu dur, et on observe dans l'aîne de nombreux ganglions durs, peu volumineux.

En même temps, sur le bras gauche au-dessous de l'insertion deltoïdienne (face externe) on observe deux pustules vaccinales (de 50 centimes à 1 franc de surface) présentant à peu près le même aspect que

les éléments de la fesse; bords régulièrement arrondis, rouges et surélevés. Au centre membrane recouvrante épaisse, régulière, blanc jaunâtre, ombiliquée à son centre.

Aucun renseignement sur la date de la vaccination.

Le 15 mars on fait des inoculations sur la cuisse gauche de l'exsudat s'écoulant des pustules vaccinales, et sur la cuisse droite, de l'exsudat s'écoulant d'une vésicule fessière.

Sous l'influence du traitement: lavages à l'eau oxygénée, et pâte de zinc salycilée, les membranes tombent, les ulcérations se détergent et le 20 mars on n'observe plus que de petites ulcérations en surface à fond rosé, cicatrisant rapidement au sommet des deux fesses.

Les pustules de vaccin du bras gauche se détergent également, et il ne reste plus qu'une croûte jaunâtre au centre des éléments.

Le 25 mars état général excellent. Le petit malade, malgré ses éruptions, augmente de poids. A noter que les inoculations au niveau des deux cuisses ont été toutes les deux négatives.

Observation V (Photo 2)

Due à l'obligeance de MM. Petges et Rocaz

(Inédite)

G..., Pierre-René, âgé de 14 jours, entré le 23 décembre 1920.

L'enfant abandonné est entré à l'hôpital huit jours après sa naissance présentant un léger subictère qui disparaît rapidement. Il est en excellente santé, pèse 3 kilos 09; on le nourrit au biberon.

Le 26 décembre apparaît sur la marge de l'anus un érythème de couleur jambonnée. Le 28 décembre, après un bain de siège à l'eau oxygénée, la rougeur gagne en surface, envahit le sillon interfessier, les plis fessiers, la racine des cuisses, du scrotum, de la verge; quelques macules rouges se disséminent autour sur la face postérieure des fesses et des cuisses.

Le 29 décembre, nous sommes en présence d'un vaste érythème coiffant les deux fesses comme un bonnet, les tuméfiant et les rendant proéminentes. La marge de l'anus et le sillon interfessier tout entier, de la racine scrotale à la région sacrée, sont envahis sur une largeur

d'environ quatre centimètres. Les contours sont sinueux, légèrement en saillie sur le tégument sain, un semis de nombreuses macules rouges environnant la plaque; celle-ci, rouge violacée en son centre, tire au rouge jambonné sur les confins.

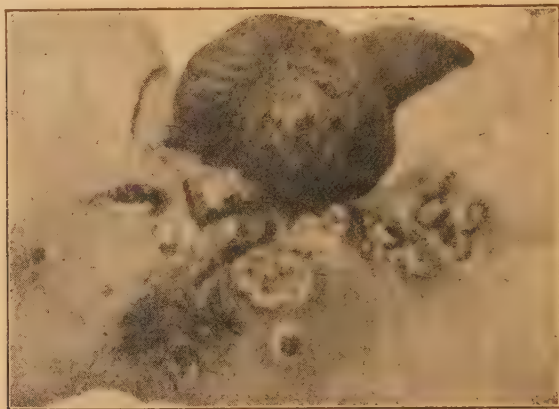


PHOTO 2 : « Ecthyma vacciniforme syphiloïde ».

Mais bientôt cet érythème s'ulcère; en son centre apparaissent deux grandes ulcérations dont la couleur jaunâtre dans son ensemble tranche sur le fond pourpre de la plaque. A grand axe longitudinal parallèle au sillon interfessier, elles mesurent environ 3 centimètres sur un centimètre. Leurs bords sont déchiquetés, sertis d'un fin liseré grisâtre. En certains points le fond est visible, en d'autres des croutelles d'aspect pseudo-membraneux, jaune ambré, granuleuses, le dissimulent; il est sanieux, peu profond, tantôt jaune verdâtre, tantôt grisâtre et comme gangrené.

Les macules de la racine du scrotum sont devenues des pustules circulaires, saillantes, à fausse membrane épaisse, jaune sale et ombiliquée en son centre. Ces éléments se retrouvent à la racine de la verge. Les langes sont souillés d'un exsudat séro-purulent peu abondant et fétide.

A la palpation le doigt perçoit nettement un bourrelet qui soulève légèrement la surface érythémateuse, ainsi qu'une consistance plus ferme que celle du tégument sain.

Les ulcérations sont plus indurées encore. Légère élévation thermique sur la plaque, qui d'ailleurs est douloureuse à la pression.

Evolution. — Sous l'influence d'un traitement à la pommade à l'oxyde de zinc et de lavages quotidiens à l'eau oxygénée, les pustules se décapent, les ulcérations se rétrécissent peu à peu et se cicatrisent. Enfin la plaque érythémateuse pâlit et diminue de surface.

Mais l'état du petit malade assez bon à l'entrée devient de plus en plus déficient. Une diarrhée verte s'installe le 29 décembre et persiste toujours. La courbe de poids est significative :

23 décembre 1920	3 kil. 09
29 décembre 1920	2 » 930
6 janvier 1921	2 » 680
10 janvier 1921	2 » 550

La température se maintient entre 34°6 et 36°7.

Rien à signaler sur les différents appareils.

Aucun renseignement quant aux antécédents héréditaires et collatéraux.

En résumé, il s'agit d'une affection à début brusque ayant évolué en deux stades nets : érythème puis ulcération.

Mort le 13 janvier 1921.

Observation VI (Photos 3 et 4)

Due à l'obligeance de MM. Petges, Rocaz et Lartigau¹

B..., Guy, âgé de 15 jours, né à terme à la Maternité, pesant 2 k. 750, nourri au sein, vacciné le 9 février. Quelques jours après sont apparus des troubles gastro-intestinaux, de la fièvre, et une éruption vésiculopustuleuse sur les fesses, le scrotum et le périnée.

Mère en bonne santé, père paludéen.

Examen 21 février 1921. — La face interne des fesses, le périnée et la partie postérieure du scrotum sont le siège d'un érythème uni-

1. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 21 février 1921.

formément rouge, surmonté de vésico-pustules le plus souvent espacées, quelquefois confluentes.

Sur la face interne de la fesse gauche, à partir du pli fessier, 8 vésico-pustules arrondies de deux à quatre millimètres de diamètre à centre ombiliqué recouvert d'une pellicule blanchâtre. Bords en talus de 1 millimètre de hauteur, plissés, de couleur jaunâtre, tranchant nettement avec l'aréole rouge foncé qui les entoure. Sur le périnée postérieur, au niveau de l'ischion gauche, une vésico-pustule ombiliquée de la grosseur d'une lentille, reposant sur une base enflammée. Au niveau de l'anus, une papule de la grosseur de la tête d'une épingle, noire recouverte d'une croûte brune.



PHOTO 3 : « Ecthyma vacciniforme syphiloïde avec auto-inoculation à la partie interne du genou ».

Sur le périnée antérieur, trois vésicules confluentes, purulentes et suintantes, de couleur jaune verdâtre, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Non ulcérées.



PHOTO 4 : « Ecthyma vacciniforme syphiloïde ».

Sur la partie postérieure du scrotum, quatre vésico-pustules semblables à celles de la fesse gauche.

Sur la face interne de la fesse droite, zone érythémateuse moins étendue : deux pustules plus petites (deux à trois millimètres de diamètre) recouvertes l'une d'une croûte rouge, l'autre d'une croûte brun foncé.

A la palpation, hyperthermie légère de la région et consistance ferme des bords des vésico-pustules ombiliquées.

Enfin, au niveau du condyle interne du fémur droit, une pustule jaune d'or de la grosseur d'une petite lentille au centre d'une zone rouge de la grandeur d'une pièce de vingt centimes (photo 3). Cette vésicule est apparue hier (20 février), c'est-à-dire onze jours après la vaccination et une semaine après l'éruption fessière.

24 février 1921. Après trente-six heures de traitement : lavages à l'eau oxygénée au 1/10 suivis d'application de pâte de zinc salicylée, les lésions sont arrêtées et rétrocedent d'une manière remarquable. Certaines sont complètement guéries.

Sur la face dorsale du gros orteil gauche, petit placard érythémateux à limites vagues, caché par petite élevation jaune, grosse comme une tête d'épingle, ombiliquée et de couleur soufrée. Diarrhée jaune, liquide.

Amaigrissement considérable, faciès flétri, état général médiocre.

Examen microscopique. — L'examen microscopique a donné les résultats suivants :

Lésions ouvertes : Flore microbienne des plus variées rappelant les examens signalés dans le travail de MM. Petges et Rocaz. Rien de précis au point de vue pathogénie. Pas de spirilles.

Lésions fermées vierges : Pas de microbes par les examens courants.

Marche de l'affection et complications

L'ecthyma vacciniforme syphiloïde peut évoluer suivant la marche que nous venons d'étudier, mais il peut procéder aussi par poussées successives à l'occasion desquelles des lésions nouvelles viennent s'ajouter aux anciennes.

Convenablement traité, il guérit assez rapidement, mais l'assèchement et l'épidermisation des papules laissent après la guérison de petites plaques érythémateuses qui disparaissent par la suite sans laisser de cicatrices.

Non soignée, l'affection traîne en longueur et l'éruption s'accroît en surface augmentant les chances d'auto-inoculation et rendant les soins plus délicats et plus difficiles; mais en dehors de cette auto-inoculation bénigne par elle-même, il ne semble pas que, à aucun moment, il y ait à redouter une complication grave. L'affection peut au contraire durer plusieurs semaines sans amener la moindre altération de l'état général.

Jacquet cite bien, dans une observation d'un exanthème papuleux en nappe et à bords polycycliques, un cas de mort subite chez un enfant ayant gardé un état général excellent; mais à l'autopsie on trouva des noyaux de broncho-pneumonie à la partie postérieure du poumon.

Fournier rapporte également un cas d'ecthyma vacciniforme syphiloïde ayant évolué rapidement vers la gangrène vulvaire et périvulvaire et ayant entraîné la mort le troisième jour.

Mais il ne nous paraît pas que cette complication soit particulière à l'affection qui nous intéresse et nous ne voyons là qu'un cas banal d'infection secondaire ayant pour point de départ une dermatose exulcérée. D'ailleurs le fait est unique parmi toutes les observations concernant la question et je

crois intéressant de la rapporter tout entière (Voir Observation I).

En dehors de ce seul cas, l'affection qui complique généralement une gastro-entérite ou une broncho-pneumonie présente par elle-même un caractère de bénignité très net.

Il convient de noter que dans les observations recueillies les enfants atteints ne présentaient pas de lésions syphilitiques, ni d'impetigo, ni de pyodermite, et qu'il n'existait pas dans les services d'ecthyma gangréneux ou de gangrène cutanée infantile.

Formes cliniques

Ce qui frappe dans la lecture des observations concernant la question c'est l'unité clinique absolument remarquable de l'affection se traduisant par le caractère constant des lésions : leur aspect vaccinoforme et syphiloïde. Partout les cliniciens étudient et font ressortir ces caractères, frappés de leur netteté et de leur allure, se traduisant en l'absence de toute lésion spécifique et souvent en dehors de toute vaccination.

Mais à côté de ces caractères primordiaux, les lésions peuvent revêtir des caractères secondaires variables avec les divers cas, différant par leur degré, leur profondeur et leur étendue; la riche terminologie dont on a illustré l'affection met bien en relief ces aspects variés dont on a voulu se servir pour faire un diagnostic; on peut avoir affaire à des formes érythémateuses (Besnier), d'autres rappellent l'herpès (Fournier) ou l'intertrigo (Besnier), d'autres enfin simulent les dermatites ou même l'ecthyma par l'intensité de l'inflammation et la profondeur des ulcérations (Hallopeau).

Quoi qu'il en soit de ces formes, nous ne devons y attacher qu'une importance relative et nous en tenir au seul fait qui domine, au seul existant : l'aspect vaccinoforme et syphiloïde.

Etiologie et causes déterminantes

Nous savons bien peu de choses sur l'étiologie de l'ecthyma vacciniiforme syphiloïde; tout ce que nous pouvons dire, c'est que c'est une maladie particulière aux enfants âgés de 3 à 10 mois : on l'a cependant observé plus tard, à 23 mois; dans ce cas d'ailleurs l'affection s'est montrée semblable à elle-même avec tous ses caractères classiques. On peut en juger par la lecture de l'observation que je cite en détail pour mettre en relief les particularités de l'évolution (Voir Observation II).

Hallopeau prétendait que les petites filles étaient plus souvent atteintes que les garçons : cette remarque en effet était juste avant M. Petgesqui, lui, a constaté une égalité d'atteinte dans les deux sexes.

C'est peut-être en s'appuyant sur cette remarque et sur la fréquence d'un écoulement vaginal concomitant à l'affection (Observ. I) qu'Hallopeau fut amené à penser que cette dernière était due au contact continu des linges humides, imbibés d'urine et de matières fécales, ainsi qu'à l'irritation d'un écoulement pathologique possible.

Il est vrai en effet que les régions ano-scrotale et ano-vulvaire sont plus exposées que d'autres à la chaleur humide résultant de l'accolement des plis naturels et de l'écoulement des liquides normaux. Il se fait à ce niveau une sorte de macération épidermique où les microbes trouvent un terrain des plus favorables à leur pullulation. Sans en être la cause spécifique, il y a là évidemment un élément déterminant des plus importants à l'éclosion de l'ecthyma vacciniiforme.

Nous constatons en effet que les enfants qui en sont atteints sont tous des enfants dont les soins de propreté ont été négligés : enfants abandonnés, enfants du peuple, où l'hygiène est peu respectée. M. Petges n'en a constaté qu'un seul cas en clientèle civile.

D'ailleurs, la rareté de localisation des lésions en dehors des régions génitales et leur facilité d'extension dans ces mêmes régions semble plaider en faveur de la presque nécessité d'un catharre épidermique préexistant.

Le 15 mars 1921, MM. Petges, Rocaz et Lartigau ont fait sur la cuisse droite d'un enfant (Observ. IV) des essais de réinoculation de l'exsudat s'écoulant d'une vésicule fessière ulcérée; cette réinoculation ne donna aucun résultat; rien n'empêche de penser que ce ne fut pas grâce à la résistance locale de l'épiderme. Il ne faut pas cependant exagérer l'importance de ce catharre épidermique, car nombreux sont les enfants soumis aux causes d'irritation locale citées plus haut et bien rares sont ceux atteints d'ecthyma vacciniiforme.

Bien plus importante est à notre avis l'athrepsie, la faiblesse générale des nourrissons, due le plus souvent à l'allaitement artificiel: dans presque toutes les observations, nous relevons que les enfants atteints sont nourris au biberon; beaucoup parmi eux sont en même temps frappés de gastro-entérite ou de broncho-pneumonie qui constituent les causes principales de leur mort.

Mais aussi importantes soient-elles, ces causes déterminantes ne peuvent nous faire penser à une pathogénie « nutritive, métabolique » de l'affection. Nous ne croyons pas que l'allaitement artificiel qui amène souvent une cachexie des malades puisse donner naissance à des toxines pouvant entraîner, à l'occasion d'une cause irritative, des lésions cutanées inflammatoires capables de simuler, sous l'effet d'une prédisposition particulière, des lésions nettement vaccinales ou syphiloïdes.

Nous ne pouvons nous défendre au contraire, et tous les auteurs ont éprouvé cette impression, d'attribuer à l'ecthyma vacciniiforme syphiloïde une origine unique, un germe spécifique; l'affection, en effet, paraît sûrement liée à une infection cutanée; sa nature infectieuse, contagieuse, à allure épidémique dans les crèches, les pouponnières et les services hospitaliers, ne laisse aucun doute à ce sujet.

Cette contagiosité ne sera évidemment pas égale pour tous : les lois de pathologie générale prennent ici toute leur valeur, et seront plus sûrement et plus sévèrement atteints, tous ceux dont l'aptitude morbide sera plus développée par une diminution ou une déviation des échanges nutritifs.

CHAPITRE II

Étude bactériologique

A l'occasion de l'épidémie de Bordeaux de juin 1920, de nombreux examens microscopiques et des cultures de la sérosité purulente des lésions ont été pratiqués pour certains malades par M. le professeur agrégé Dupérié, chef du laboratoire de l'hôpital des Enfants, et pour d'autres par le docteur Joulia, chef de clinique de dermatologie.

Ces examens ont donné les résultats suivants, chez les malades examinés par M. Dupérié. A l'examen direct sur frottis : un grand nombre de microbes : bâtonnets et cocci, Grams positifs et Grams négatifs ; pas de spirilles ; pas de bacilles fusiformes ; pas de streptocoques ; pas de staphylocoques nettement reconnaissables. Mis à l'étuve à 37° sur bouillon peptoné et sur gélose, l'ensemencement n'a donné que du staphylocoque doré ; ce résultat concorde avec les constatations faites sur plusieurs autres malades à cette même époque.

Chez deux autres malades, M. Joulia a constaté la présence de microcoques variés de diplocoques ; de quelques rares chaînettes et amas de cocci, groupés au voisinage de débris cellulaires ; de bacilles longs et minces, souvent recourbés en forme de virgule ; de bâtonnets nombreux, de longueur variable, courts et longs, très trapus, épais, granuleux, plus clairs au centre qu'aux extrémités qui sont arrondies et dont l'une est parfois effilée en point d'exclamation. Ces différents microbes prennent le Gram,

Par la coloration de Fontana-Tribondeau, de rares spirilles à spires lâches sont mis en évidence ; sur une préparation il a été trouvé aussi trois spirochètes aux spires serrées, de diamètre très mince, présentant la longueur moyenne du tréponème pâle.

Assez semblables à lui, mais en différant par la minceur, ces spirilles n'ont pu être colorés par la coloration courante.

A l'étranger, Adamson travaillant pour Colcott-Fox décèle le streptocoque dans les frottis et en culture pure.

Mantegazza dans un cas et Antonelli dans quatre signalent le bacille coli dans les matières fécales et les lésions cutanées.

En résumé, soit dans les examens pratiqués à Bordeaux en juillet, soit dans ceux effectués antérieurement et ailleurs, les résultats restent sensiblement les mêmes : cocci variés en amas et en chaînettes, diplocoques, bacilles, bâtonnets trapus, spirilles même ont été trouvés.

Mais dans tous les examens pratiqués jusqu'ici la sérosité avait été prélevée sur des lésions exulcérées et infectées secondairement ; or il était d'un intérêt capital d'examiner et d'ensemencer le contenu des vésicules vierges.

C'est ce qu'a pratiqué M. Lartigau, interne chez M. Rocaz, et voici quels ont été les résultats de ses recherches (Obs. IV).

Prélèvement le 15 mars dans une vésicule vierge de la fesse.

Il s'écoule de la ponction à la pipette une sérosité citrine légèrement hématique vers la fin. A l'examen direct, la sérosité contient de très rares leucocytes polynucléaires, quelques grandes cellules épithéliales parfois groupées en placard et des germes assez nombreux polymorphes : 1^o diplocoques en flammèche très allongés sans capsule visible, prenant le Gram ; 2^o un bacille prenant le Gram, présentant les caractères morphologiques et de groupement du bacillus cutis commune ; 3^o microcoques isolés prenant la Gram ; 4^o diplocoques et bâtonnets ne prenant pas le Gram. Une coloration de Fontana-Tribondeau ne permet pas de relever la présence de spirilles ou spirochètes.

Culture révèle la présence des mêmes éléments, c'est-à-dire

staphylo, bacillus cutis commune, diplocoques et bâtonnets ne prenant pas le Gram; absence des diplocoques en flammèche prenant le Gram. D'autres examens pratiqués peu de temps plus tard par M. Lartigau, à l'occasion du malade de l'Observation VI, ont confirmé, pour des lésions ouvertes, les résultats obtenus précédemment par M. Dupérié sauf qu'on n'a pas retrouvé les spirilles et spirochètes cités par M. Joulia.

Quant aux vésicules vierges, on n'y a trouvé aucun microbe. Il semble qu'il y aurait intérêt à reprendre ces expériences en les complétant par des recherches effectuées à divers stades de l'évolution des papulo-vésicules et en comparaison avec des examens de pustule vaccinale.

Pathogénie

Devant ces résultats la première question qui se pose est de savoir si nous avons affaire à une entité morbide, une affection bien individualisée par ses symptômes et l'aspect de ses lésions ou bien si nous nous trouvons en face d'une affection dérivant d'infections cutanées banales ?

Stellwagon et J. Darier pensent qu'il ne s'agit là que d'une des formes compliquées de l'impetigo.

Nous ne pensons pas qu'on puisse s'arrêter à la théorie parasitaire ou mycosique de l'affection.

Quant à son origine streptococcique incriminée par Adamson et Colcott-Fox, la guérison rapide des lésions nous autorise à l'éliminer, les streptococcies cutanées, surtout lorsqu'elles sont profondes et ulcéreuses, restent en effet rebelles et ne cèdent pas en général facilement à un traitement bénin.

Plus intéressante est la théorie de Jacquet qui pense à l'origine vaccinale de l'affection après avoir obtenu par auto-inoculation au bras d'un nourrisson et dans les délais habituels un bouton ayant les caractères du bouton de vaccine. M. Petges

nie cette origine, mais cette hypothèse devient séduisante depuis que nous possédons des observations d'ecthyma vaccini-forme syphiloïde chez des sujets présentant des pustules vaccinales; chez ces petits malades en effet on a constaté la similitude parfaite des lésions vaccinales du bras et des lésions érythémateuses de la cuisse. Cette similitude ressort plus particulièrement à l'examen des pustules isolées, naissantes, telle celle du genou signalée à l'Observation VI (photo 3). On retrouve là les mêmes dimensions, la même zone rouge circulaire que dans la pustule vaccinale; elle s'en différencie cependant par une teinte jaune soufrée, jaune d'or, tout à fait caractéristique.

Par ailleurs les pustules de l'ecthyma vaccini-forme évoluent rapidement et prennent très vite l'aspect syphiloïde que ne prennent à aucun moment les pustules vaccinales.

Enfin les lésions de l'ecthyma vaccini-forme cèdent plus vite à l'action des antiseptiques.

On doit donc à notre avis expliquer la coexistence des lésions d'ecthyma vaccini-forme syphiloïde et des lésions vaccinales grâce à une de ces coïncidences si fréquentes en pathologie, fréquence due au jeune âge des enfants; c'est en effet entre 3 et 8 mois que l'affection les frappe le plus généralement et c'est la même époque que l'on choisit pour les vacciner. Comment expliquer d'ailleurs les cas d'ecthyma vaccini-forme chez des enfants n'ayant été jamais vaccinés? Tout ce que nous pouvons penser, c'est que la vaccination puisse entrer parmi les causes déterminantes.

MM. Petges, Rocaz et Lartigau ont pratiqué le même jour et sur des cuisses différentes des réinoculations de l'exsudat s'écoulant des pustules vaccinales et des papules ulcérées des fesses. Ces deux tentatives ont donné un résultat négatif (Obs. IV).

Nous ne pensons pas qu'il faille voir là une même origine vaccinale des lésions et chercher la cause des deux insuccès d'auto-inoculation dans un même phénomène d'immunité.

Pour nous il n'y a entre la vaccine et l'ecthyma vacciniforme syphiloïde d'autre identité que celle résultant de l'aspect des lésions à un moment de l'évolution de celui-ci : leur coexistence chez un même individu nous paraît toute fortuite.

L'allure si spéciale de l'affection toujours si semblable à elle-même nous fait penser plutôt qu'il s'agit d'une espèce morbide véritable, d'une maladie autonome qui s'isole des autres dermatoses par sa morphologie particulière et aussi la spécificité de sa cause première seule inconnue.

Pensant ainsi, nous nous rallions à l'opinion de nombreux auteurs ayant étudié la question, tels Pringle, H. Hallopeau, Hallopeau et Leredde et Besnier.

Et pour nous, l'affection est le résultat d'une inoculation, de l'ensemencement sur un terrain de culture bien déterminé — régions génitales et ano-génitales — d'un germe d'origine probablement intestinale.

Reprenant les idées de Mantegazza et d'Antonelli, peut-être pouvons-nous incriminer le colibacille dont on connaît le polymorphisme assez étendu.

M. Petges, lui, considère l'ecthyma vacciniforme syphiloïde comme une dermo-épidermite microbienne à type clinique bien déterminé.

Quoi qu'il en soit, nous pensons à une affection infectieuse locale, compatible avec l'intégrité de la santé et dont le microbe pathogène reste inconnu ; car, à vrai dire, nous ne sommes pas aujourd'hui plus avancés sur ce point que du temps de Fournier.

Diagnostic

Et d'abord, il convient de se pénétrer de son importance en raison de la confusion facile de l'affection avec la syphilis et des conséquences graves que pourrait entraîner une pareille méprise : le diagnostic d'ailleurs s'impose en vue d'une guérison rapide.

On éliminera, au début, les toxidernies d'origine médicamenteuse, surtout celles dues à l'antipyrine et l'exalgine qui ont pour siège fréquent la région génitale et fessière; on pensera également à l'intoxication bromurée et iodurée; mais on n'oubliera pas, en plus des anamnétiques, qu'elles s'accompagnent de phénomènes généraux graves : albuminurie, diarrhée, cachexie.

On fera un diagnostic facile d'avec l'herpès usuel qui est sans tendance à la déviation en lésion papuleuse, d'avec les folliculites de la région ano-génitale dues à la macération épidermique de la région et pouvant dégénérer en ulcérations syphiloïdes; mais la folliculite a une physionomie tout autre comme qualité de lésion; elle ne dégénère jamais en papule.

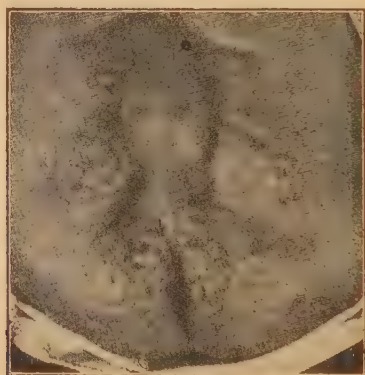


PHOTO 5 : Photographie reproduite d'après Parrot dans art. Jacquet du *Traité des Maladies de l'enfance*, Masson, éd. Paris, 1905 (Syphiloïde lenticulaire pour Parrot; Syphiloïde post-érosive pour Jacquet).

Peut-on penser à un de ces érythèmes infantiles que Parrot nomma syphiloïde lenticulaire et que Sevestre et Jacquet décrivirent ensuite sous le nom de syphiloïde post-érosive ou d'érythème papuleux fessier post-érosif ? Ici la confusion est possible car il existe des analogies entre les deux affections : comme l'ecthyma vacciniforme, l'érythème post-érosif est la transformation en papules d'érosions issues d'un érythème vésiculeux; ici, comme là, on trouve les deux stades : vésiculeux d'abord et papuleux ensuite.

Mais dans la syphiloïde post-érosive les vésicules ne rappellent jamais l'aspect vaccinal caractéristique : les papules sont sèches et se résorbent; elles sont toujours secondaires et non pas souvent primitives; les lésions sont superficielles, bien moins saillantes, non ulcérées, les excoriations plus irrégulières (voir photo V et établir comparaison), la couleur est rouge, non opaline et argentée, les lésions sont plus petites et plus limitées : elles siègent enfin sur les parties saillantes des fesses, respectant les plis de la peau.

L'ecthyma térébrant, auto-inoculable lui aussi, localisé aux mêmes régions, occupe plutôt les parties saillantes; il détruit les tissus profondément; ses bords sont taillés à pic; il est gangréneux et d'une gravité qui contraste avec la bénignité de l'ecthyma-vacciniforme.

Mais le diagnostic le plus délicat doit se faire d'avec la vaccine et la syphilis surtout; l'absence de contamination vaccinale écartera l'erreur; de plus le bouton vaccinal tend à la guérison spontanée dans les délais classiques tandis que l'ecthyma vacciniforme non soigné s'accroît et dure.

Quant à la syphilis on a tout lieu de la supposer lorsqu'on examine les lésions au deuxième stade de leur développement. Leur siège ano-génital et fessier, leur configuration circulaire de contour, leur volume, leur couleur, leur dénudement et leur suintement, l'aspect ulcéreux de la papule, leur bordure polycyclique et leur fermeté, tout cela fait penser à une syphilis acquise ou héréditaire.

Dans la collection particulière de Fournier se trouve, d'ailleurs, un moulage d'ecthyma vacciniforme dont la ressemblance est frappante avec d'autres moulages du musée de Saint-Louis étiquetés : condylomes plats, types de plaques Σ de Bazin, région ano-fessière.

La confusion pourra être évitée par la présence simultanée de lésions à divers stades de leur évolution; ou bien par la persistance autour de quelques papules de débris d'éléments vésiculeux; il est rare en effet que l'évolution ne comporte pas de poussées d'éléments jeunes à côté de lésions anciennes.

Il va sans dire que pour ce diagnostic on tirera encore parti de la coexistence ou de l'absence actuelle d'autres manifestations syphilitiques, telles le coryza et les fissures radiées péribuccales; l'évolution, la guérison rapide des lésions par un traitement simple seront une indication.

Enfin la connaissance des antécédents et l'état négatif de la réaction de complément donneront une certitude; mais nous ne devons pas perdre de vue la coexistence possible de la syphilis et de l'ecthyma vacciniforme syphiloïde.

Pronostic

L'ecthyma vacciniforme syphiloïde est une affection qui reste toujours bénigne en soi et qui cède facilement au traitement. Elle s'installe de préférence chez les enfants athrepsiques, affaiblis, nourris au biberon dont beaucoup meurent de gastro-entérite et de broncho-pneumonie, alors que les lésions génitales sont souvent guéries ou en voie d'amélioration. L'Observation V est typique à ce sujet.

Traitement

Le traitement sera purement local sans parler, bien entendu, des circonstances d'un autre ordre que l'éruption, telles que la diarrhée et la fièvre auxquels on opposera une médication appropriée.

Ce traitement local consiste en soins de propreté minutieux et fréquents : langes changés dès qu'ils sont souillés; bains répétés, de préférence amidonnés; poudrage au talc salicylé à 1/100. Ces précautions sont généralement suffisantes et amènent une rapide guérison.

Fournier ajoutait aux prescriptions ci-dessus, des lotions

à l'eau boriquée ou la liqueur de Labarraque au sixième ou au dixième. Après la lotion il asséchait la plaie en déposant doucement à sa surface une compresse fine; il saupoudrait les plaies ainsi asséchées avec une poudre isolante telle que le bismuth, oxyde de zinc, salol; et il recouvrait le tout d'une compresse de toile imperméable, de façon à tenir la lésion à l'abri de l'urine et des matières fécales. Il renouvelait le pansement plusieurs fois par jour.

Comme topique Hallopeau se trouvait bien de l'huile phéniquée.

A Bordeaux MM. Petges et Rocaz ont employé le traitement suivant qui a donné des résultats excellents : lavages à l'eau oxygénée au $1/5$ répétés à chaque changement de linge, suivis d'application de pâte de zinc saupoudrée au talc salicylé à $1/100$.

Pour des cas plus anciens ou plus rebelles, il s'est également bien trouvé des lavages avec une solution diluée (10 à 20 p. 1.000) de liqueur de Labarraque ou une solution faible de permanganate de potasse.

CONCLUSIONS

L'ecthyma vacciniforme syphiloïde est une maladie infectieuse, contagieuse, atteignant les jeunes enfants et surtout fréquente de 3 à 8 mois.

Elle atteint avec prédilection les athrepsiques, les affaiblis ; bénigne en soi, elle paraît grave parce que les sujets qui en sont atteints meurent fréquemment d'athrepsie, de gastro-entérite et de broncho-pneumonie. Elle siège à la région génitale et périgénitale. Cliniquement elle se caractérise par des lésions qui rappellent à la fois la vaccine et la syphilis.

L'ecthyma vacciniforme syphiloïde évolue sans complications et ne touche pas l'état général.

On pourrait la confondre avec la vaccine dont elle diffère par les caractères et l'évolution.

C'est une espèce morbide véritable dont le microbe pathogène nous est encore inconnu.

Il faut savoir la déceler afin d'éviter les conséquences fâcheuses d'une confusion avec la syphilis.

Son pronostic est bénin en soi et son traitement des plus simples.

Vu :

Le Doyen,

D^r SIGALAS.

Vu : Bon à imprimer,

Le Président de thèse,

W. DUBREUILH.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 11 avril 1921.

Le Recteur,

P^r le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

D^r SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Besnier (E.).** — Syphilis infantile (Syphilides, syphiloïdes) (*Bulletin médical*, 19 juin 1887, p. 499).
2. **Feulard (H.).** — Eruption papuleuse d'éruption vacciniforme ou syphiloïde survenue à la région génitale chez une petite fille de vingt-trois mois (*France médicale*, Relation d'un cas observé dans le service de A. Fournier, 25 juin 1887, t. I, n° 74).
3. **Besnier (E.).** — Erythème vacciniforme syphiloïde, ou syphiloïde vacciniforme (Réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis, C. R., Paris, 1888-9-112, et *Annales de dermat. et syph.*, 1988, p. 443).
4. **Hallopeau (H.).** — Ecthyma vacciniforme (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. LIX, 1888, p. 300).
— Dermatite vacciniforme infantile. *Le musée de l'hôpital Saint-Louis*, Rueff et Cie, éd., Paris.
6. **Fournier (A.).** — Vaccino-syphiloïde du jeune enfant (*Bulletin médical*, 1891, n° 8, p. 83).
7. **Fournier (H.).** — Herpès vacciniforme du jeune âge. Gangrène vulvaire et périvulvaire. Mort subite (Société française de Dermat. et syph., 12 janvier 1893, C. R., in *Annales de Dermat. et syph.*, 1893, p. 52).
8. **Moussous (A.).** — *Leçons sur les maladies de l'enfance*, 1893.
9. **Jacquet (L.).** — Des érythèmes papuleux fessiers post-érosifs (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1886, n° 208).
10. — Dermatitis infantiles simples (*Traité des maladies de l'enfance*, de Granger et Comby, t. IV, p. 718, Paris, 1905, et *Pratique dermatologique*, t. I, p. 890).

11. **Hallopeau (H.) et Leredde (L. E.).** — *Traité pratique de dermatologie*; art. : « Dermatite vaccinoforme des jeunes enfants »,
 12. **Antonelli.** — Quattro casi di eritema vaccinoforme (post-opération) da bacterium coli (*Riv. Veneta di Sc. med.*, Venezia, 1904, p. 565, 54).
 13. **Mantegozza.** — Varicelloïd dermatosis (*Giorn. Italia de mat. ven. della pelle*, 1900, fasc. 2, p. 208).
 14. **Halle (A.).** — Veber einen Fall von dermatitis pseudo-syphilitica vaccinoformis infantum (*Dermatologische Leitschrift*, avril 1908, t. IV, p. 215).
 15. **Colcott-Fox.** — Vacciniform ecthyma of infants (*British journal of Dermatology*, juin 1907, p. 191).
 16. **Radcliffe-Crocker (H.).** — Article : « Dermatitis gangrenosa infantum », in *Diseases of the skin*, t. I, p. 488. Lewis, éd. Londres, 3^e éd., 1903.
 17. **Brocq (L.).** — Article : « Gangrènes cutanées », in *Traité de dermatologie pratique*, t. I, p. 637. Paris, 1907.
 18. **Stelwagon (H. W.).** — Article : « Impetigo contagiosa », in *A treatise on diseases of the skin*, Seaunders, Philadelphie, 1918.
 19. **Darier (J.).** — *Précis de dermatologie*, 2^e édition, 1918, p. 173.
 20. **Petges et Rocaz.** — Ecthyma vaccinoforme syphiloïde infantile (*Paris médical*, 5 mars 1921, p. 190).
 21. **Rocaz, Petges et Lartigau.** — Ecthyma vaccinoforme syphiloïde infantile (*Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 21 février 1921).
-

